



## HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER

1031 WIEN KUNDMANNGASSE 21 POSTFACH 600 TEL. 0222/711 32 TELEX 136682 hvsvt a TELEFAX 711 32 249 DVR 0024279

Kl. 232 DW

Zl. 15-42.01/89 Sa/En

Wien, 20. Oktober 1989

An das  
 Präsidium des Nationalrates  
 1017 Wien - Parlament

Betrifft	GESETZENTWURF
Zl.	<i>72</i> GE/98
Datum:	30. OKT. 1989
Verteilt	<i>31. OKT. 1989</i>

*St. Japch*

Betr.: 48. Novelle zum ASVG und Änderungen  
 anderer Sozialversicherungsgesetz;  
 Begutachtungsverfahren

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales hat uns  
 ersucht, Ihnen 25 Ausfertigungen unserer Stellungnahme zu  
 übermitteln.

Wir übersenden Ihnen hiemit die gewünschten Exemplare.

Der Generaldirektor:

*IV. Schm*

Beilagen



# HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER

1031 WIEN KUNDMANNGASSE 21 POSTFACH 600 TEL. 0222/711 32 TELEX 136682 hvavt a TELEFAX 711 32 249 DVA 0024279  
K1. 232 DW

z. 15-42.01/89 Sa/En

Wien, 20. Oktober 1989

An das

Bundesministerium für  
Arbeit und Soziales

Stubenring 1  
1010 Wien

Betr.: Ministerialentwürfe zur  
48. Novelle zum ASVG,  
19. Novelle zum B-KUVG,  
16. Novelle zum GSVG,  
14. Novelle zum BSVG;  
Begutachtungsverfahren

Bezug: Ihre Schreiben vom 27. September 1989,  
Zl. 20.048/4-1/1989 (ASVG),  
Zl. 21.139/5-1/1989 (B-KUVG);

Ihre Schreiben vom 28. September 1989,  
Zl. 20.619/2-2/1989 (GSVG),  
Zl. 20.795/3-2/1989 (BSVG)

Der Hauptverband übermittelt Ihnen seine Stellungnahme zu den oben angeführten Ministerialentwürfen.

Diesen Stellungnahmen liegen die Äußerungen der Sozialversicherungsträger zugrunde, die bis zum 20. Oktober 1989 beim Hauptverband eingetroffen sind.

Der Ministerialentwurf zur 48. Novelle zum ASVG enthält wesentliche Änderungen, die im Zusammenhang mit dem beabsichtigten Betriebspensionsgesetz stehen.

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales hat dem Hauptverband den Entwurf eines Betriebspensionsgesetzes mit Schreiben vom 7. September 1989, Zl. 30.100/87-V/1/89, zur Stellungnahme übermittelt.

- 2 -

Nach dem Dafürhalten des Hauptverbandes steht der Entwurf eines Betriebspensionsgesetzes mit den diesbezüglichen Bestimmungen des Ministerialentwurfs zur 48. ASVG-Novelle in einem so engen Zusammenhang, daß eine getrennte Stellungnahme zu diesen Bereichen nicht zweckmäßig ist.

In der Stellungnahme des Hauptverbandes zum Ministerialentwurf zu 48. ASVG-Novelle wird daher auch auf das Betriebspensionsgesetz eingegangen.

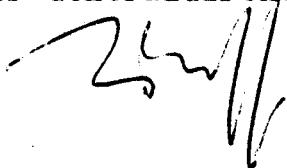
Den entsprechenden Teil der Stellungnahme werden wir auch der Sektion V des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales übermitteln.

Im übrigen begrüßt der Hauptverband, daß sein Vorschlag zu § 131 Abs.1 ASVG in den Entwurf aufgenommen wurde. Allerdings sollten dringend auch jene Vorschläge aufgenommen werden, die zu §§ 131 Abs.2, 135 Abs.3 und 4 sowie 342 Abs.2 ASVG erstattet wurden.

Andere Novellierungsvorschläge, deren Verwirklichung dringlich erscheint, sind in der Beilage zur Stellungnahme zum Ministerialentwurf zur 48. ASVG-Novelle zusammengefaßt. Wir ersuchen, auch diese Vorschläge in den Entwurf für die Regierungsvorlage aufzunehmen.

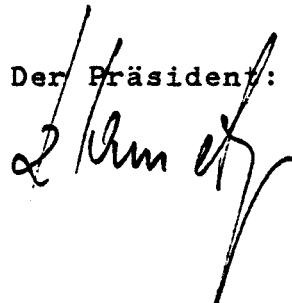
25 Ausfertigungen dieser Stellungnahme werden dem Präsidium des Nationalrates direkt übermittelt.

Der Generaldirektor:



Beilagen

Der Präsident:





# HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER

1031 WIEN KUNDMANNGASSE 21 POSTFACH 600 TEL. 0222/711 32 TELEX 136682 hvsvt a TELEFAX 711 32 249 DVR 0024279  
Kl. 232 DW

**zL. 15-42.01/89 Sa/En**

**Wien, 20. Oktober 1989**

**An das**

**Bundesministerium für  
Arbeit und Soziales**

**Stubenring 1  
1010 Wien**

**Betr.: Ministerialentwürfe zur  
48. Novelle zum ASVG,  
19. Novelle zum B-KUVG,  
16. Novelle zum GSVG,  
14. Novelle zum BSVG;  
Begutachtungsverfahren**

**Bezug: Ihre Schreiben vom 27. September 1989,  
zL. 20.048/4-1/1989 (ASVG),  
zL. 21.139/5-1/1989 (B-KUVG);**

**Ihre Schreiben vom 28. September 1989,  
zL. 20.619/2-2/1989 (GSVG),  
zL. 20.795/3-2/1989 (BSVG)**

**Der Hauptverband übermittelt Ihnen seine Stellungnahme  
zu den oben angeführten Ministerialentwürfen.**

**Diesen Stellungnahmen liegen die Äußerungen der So-  
zialversicherungsträger zugrunde, die bis zum 20. Oktober 1989  
beim Hauptverband eingetroffen sind.**

**Der Ministerialentwurf zur 48. Novelle zum ASVG enthält  
wesentliche Änderungen, die im Zusammenhang mit dem beabsich-  
tigten Betriebspensionsgesetz stehen.**

**Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales hat dem  
Hauptverband den Entwurf eines Betriebspensionsgesetzes mit  
Schreiben vom 7. September 1989, zL. 30.100/87-V/1/89, zur  
Stellungnahme übermittelt.**

- 2 -

Nach dem Dafürhalten des Hauptverbandes steht der Entwurf eines Betriebspensionsgesetzes mit den diesbezüglichen Bestimmungen des Ministerialentwurfs zur 48. ASVG-Novelle in einem so engen Zusammenhang, daß eine getrennte Stellungnahme zu diesen Bereichen nicht zweckmäßig ist.

In der Stellungnahme des Hauptverbandes zum Ministerialentwurf zu 48. ASVG-Novelle wird daher auch auf das Betriebspensionsgesetz eingegangen.

Den entsprechenden Teil der Stellungnahme werden wir auch der Sektion V des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales übermitteln.

Im übrigen begrüßt der Hauptverband, daß sein Vorschlag zu § 131 Abs.1 ASVG in den Entwurf aufgenommen wurde. Allerdings sollten dringend auch jene Vorschläge aufgenommen werden, die zu §§ 131 Abs.2, 135 Abs.3 und 4 sowie 342 Abs.2 ASVG erstattet wurden.

Andere Novellierungsvorschläge, deren Verwirklichung dringlich erscheint, sind in der Beilage zur Stellungnahme zum Ministerialentwurf zur 48. ASVG-Novelle zusammengefaßt. Wir ersuchen, auch diese Vorschläge in den Entwurf für die Regierungsvorlage aufzunehmen.

25 Ausfertigungen dieser Stellungnahme werden dem Präsidium des Nationalrates direkt übermittelt.

Der Generaldirektor:



Beilagen

Der Präsident:



**48. Novelle zum ASVG**

**Stellungnahme zum Entwurf des Betriebspensionsgesetzes und zu Teilen des Entwurfs einer 48. Novelle (Art I Z 2,5,8,9 und Art IV Z 2,3,5 und 11)**

**Durch das Betriebspensionsgesetz sollen die Anwartschaften und Leistungen aus betrieblichen Pensionszusagen gesichert werden.**

**Als Beispiele für Leistungszusagen sind in § 2 des Entwurfs folgende Verpflichtungen des Arbeitgebers angeführt:**

- 1. Beiträge an eine Pensionskasse zugunsten des Arbeitnehmers und seiner Hinterbliebenen zu zahlen;**
- 2. Leistungen dem Arbeitnehmer und seinen Hinterbliebenen unmittelbar zu erbringen (direkte Leistungszusage);**
- 3. Prämien für eine zugunsten des Arbeitnehmers und/oder seiner Hinterbliebenen abgeschlossenen Lebensversicherung zu zahlen;**
- 4. Zuwendungen an eine Unterstützungs- oder sonstige Hilfskasse zugunsten des Arbeitnehmers und seiner Hinterbliebenen zu erbringen;**
- 5. Beiträge zur freiwilligen Höherversicherung in der gesetzlichen Pensionsversicherung zugunsten des Arbeitnehmers und seiner Hinterbliebenen zu entrichten.**

**Der Hauptverband hat keinen Einwand dagegen, daß im Rahmen der derzeitigen Höherversicherung die Beiträge für den Arbeitnehmer vom Arbeitgeber bezahlt werden (siehe Z.5). Allerdings sollen nicht jene Arbeitnehmer dadurch bevorzugt werden, die Leistungszusagen nach dem Betriebspensionsgesetz haben. Auch für diese Arbeitnehmer soll als Obergrenze des jährlichen Beitrages das 60fache oder - wie im Novellenentwurf vorgeschlagen - das 90fache der Höchstbeitragsgrundlage gelten. Die Obergrenze soll unabhängig davon zur Anwendung kommen, ob die Beiträge vom Arbeitnehmer, vom Arbeitgeber oder sowohl vom Arbeitnehmer als auch vom Arbeitgeber bezahlt werden.**

**Der Hauptverband spricht sich aber entschieden dagegen aus, daß Anwartschaften, die bei Pensionskassen, Dienstgebern und privaten Versicherungsanstalten nach den Ziffern 1 - 3 erworben wurden, bei Ende des Dienstverhältnisses oder Widerruf der Leistungszusage durch den Arbeitgeber in die Höherversicherung der gesetzlichen Pensionsversicherung übertragen werden können.**

**Die Finanzierung der Leistungen aus solchen übertragenen Anwartschaften im Rahmen des normalen Pensionsaufwandes birgt die Gefahr in sich, daß die dafür notwendigen Mittel den jeweils erreichbaren Bundesbeitrag für die übrigen Pensionen verkürzen werden. Eine Finanzie-**

rung im Wege des Umlageverfahrens mit einer garantierten Ausfallhaftung des Bundes scheint daher nicht geeignet zu sein.

Aus diesem Grund wird in den Erläuterungen zum Entwurf einer 48. Novelle zum ASVG auch die Schaffung eines eigenen Fonds beim Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungs-träger vorgesehen. Im Entwurf der Novelle ist noch keine Regelung enthalten, weil die Fonds-grundsätze erst ausformuliert werden müssen. Dieser Fonds stellt aber das Kernstück für die Fi-nanzierung der "Höherversicherung" nach dem Betriebspensionsgesetz dar. Ohne Kenntnis, wie dieser Fonds tätig werden soll, insbesondere über die Vorgangsweise, wenn die im Fonds enthal-te-nen Mittel nicht mehr ausreichen werden, um die entsprechenden Leistungen zu finanzieren, kann aber keine endgültige Stellungnahme zu den vorgeschlagenen beitrag- und leistungsrechtli-chen Bestimmungen über die neue Höherversicherung nach dem Betriebspensionsgesetz gegeben werden. Die Gefahr, daß die Mittel nicht mehr ausreichen werden, scheint uns z.B. dann als gege-ben, wenn der Zinssatz der Bundesanleihen unter 5 % sinkt, oder die Lebenserwartung, was zu er-warten ist, steigt. Tatsächlich würde es sich hier nicht um einen Fonds im üblichen Sinne des Wor-tes handeln, sondern um ein Verbindlichkeitenkonto gegenüber der Republik Österreich (Schul-denbuch).

Die Pensionskassen können ihre Mittel in einem viel größeren Rahmen anlegen, als die priva-ten Versicherungsanstalten. Es handelt sich bei dem jeweils entstehenden Kapital um ein Risiko-kapital, das nur dann bei der gesetzlichen Pensionsversicherung untergebracht werden würde, wenn bei der anderen Einrichtung Gefahr im Verzuge ist. Kann dann die Sozialversicherung aus den übertragenen Anwartschaften nicht die Leistungen erbringen, die seinerzeit z.B. von einer Pensionskasse zugesagt wurden, ginge das in der öffentlichen Meinung zu Lasten der gesetzlichen Pensionsversicherung.

Aus den angeführten Gründen schlägt der Hauptverband vor, sämtliche Übertragungsmög-lichkeiten von Anwartschaften aus Pensionskassen, aus direkten Leistungszusagen und aus Le-bensversicherungen in der gesetzlichen Pensionsversicherung aus dem Entwurf eines Betrieb-spensionsgesetzes zu streichen.

Im übrigen hält der Hauptverband die Übertragung von Anwartschaften in die gesetzliche Pensionsversicherung überhaupt als entbehrlich, weil diese auch bei Ende eines Dienstverhältnis-ses vor dem Leistungsfall oder bei einem Widerruf der Leistungszusage des Arbeitgebers erhalten bleiben. Es bestehen ja in diesen Fällen für die Arbeitnehmer folgende Wahlmöglichkeiten:

- Die -Anwartschaft kann beitragsfrei gestellt werden. Im vorgesehen Leistungsfall wird dann aus dieser Anwartschaft die Leistung gezahlt.

- Die Anwartschaft kann in die Pensionskasse des neuen Arbeitgebers oder in eine ausländische Altersversorgungseinrichtung übertragen werden.
- In den Pensionskassen und Lebensversicherungen können die erworbenen Anwartschaften auch nur mit eigenen Beiträgen des Arbeitnehmers fortgesetzt werden.

Wenn eine solche Übertragungsmöglichkeit von Anwartschaften beibehalten wird, dann werden voraussichtlich keine Zahlungen des Dienstgebers direkt zur Höherversicherung in der Pensionsversicherung vereinbart werden, sondern nur solche zu Pensionskassen usw. Sollte sich die finanzielle Situation von Pensionskassen so verschlechtern, daß das Leistungsniveau unter jenes der Höherversicherung sinkt, werden - bei entsprechenden Gestaltungsmöglichkeiten - Scheinlösungen von Dienstverhältnissen erfolgen, um die Übertragung der Anwartschaften in die Höherversicherung durchführen zu können.

Bei einer Streichung im Sinne des Vorschages des Hauptverbandes werden allen neuen, die Höherversicherung betreffenden Vorschläge in der Novelle überflüssig.

Damit die Höherversicherung attraktiver und dadurch den Möglichkeiten einer Pensionskasse mehr angepaßt wird, könnte die Erhöhung des jährlichen Höchstbeitrages auf das 90fache der täglichen Höchstbeitragsgrundlage - wie im Entwurf vorgesehen - verbleiben. Es wird aber auch hier darauf verwiesen, daß der dadurch später entstehende Mehraufwand zustätzlich bedeckt werden muß.

Trotz der grundsätzlichen Ablehnung des Hauptverbandes zu der Übertragung von - Anwartschaften wird in diesem Zusammenhang noch zu den einzelnen Regelungen des Entwurfes einer 48. Novelle gesondert Stellung genommen.

Offen ist die Frage, ob (und mit welcher Beitragsgrundlage!) die Bezieher einer Höherversicherungspension aufgrund des Bezuges dieser Pension krankenversichert sein sollen. Nach der jetzigen Rechtslage (§ 8 Abs.1 Z.1 ASVG) wäre es denkbar, aufgrund einer einmaligen Zahlung von z.B. S 1.000,- (woraus sich eine minimale Höherversicherungspension ergäbe) als Bezieher einer Pensionsleistung vollständig krankenversichert zu sein! Dies, ohne jemals adäquate Beiträge bezahlt zu haben!

Eine solche Konsequenz ist für den Hauptverband unakzeptabel. Sie würde Spekulationsmöglichkeiten beim Krankenversicherungsschutz Tür und Tor öffnen.

Zu Art.I Z.2 (§ 20a)

Nach dem Entwurf sollte neben der traditionellen Höherversicherung in der Pensionsversicherung eine neue Höherversicherung auf Grund des Betriebspensionsgesetzes eingeführt werden. Diese neue Höherversicherung unterscheidet sich von der "alten" Höherversicherung durch die Finanzierung, das Beitragsrecht und das Leistungsrecht. Sollte es tatsächlich zu dieser Neuregelung kommen, dann wäre zur Vermeidung von Verwechslungen für diese ein neuer Ausdruck (etwa "Zusatzversicherung") angezeigt.

Bei § 20a Abs.2 fehlt die Bestimmung des § 6 Abs.3 Z.2 BPG (Widerruf der Leistungszusage für Beiträge zu Pensionskassen) und § 15 Abs.1 Z.2 BPG (Widerruf der Zusage des Arbeitgebers, Prämien für eine Lebensversicherung der Arbeitnehmer zu zahlen).

Zu Art.I Z.5 (§ 49 Abs.3 Z.18)

Die Zitierung "§ 4 Abs.4 Z.2 lit.a cc bzw. § 26 Z.7 EStG 1988" sollte offensichtlich richtig lauten: "§ 4 Abs.4 Z.2 lit.a ee bzw. § 26 Z.3 EStG 1988".

Zu Artikel I Z.6 (§ 67 Abs.10 ASVG  
- Haftungsbestimmung):

Als zusätzliches Erfordernis für die Haftung von Personen, die zur Vertretung juristischer Personen berufen sind, sieht der Entwurf der 48. ASVG-Novelle vor, daß die Beiträge trotz zweimaliger Mahnung durch den Versicherungsträger nicht innerhalb von zwei Wochen gezahlt worden sind; ansonsten unterscheidet sich der vorgeschlagene Text nicht vom bisher in Geltung gestandenen Wortlaut des § 67 Abs.10 ASVG. Abgesehen davon, daß das Erfordernis einer zweimaligen Mahnung nicht einer möglichst raschen Einbringung der geschuldeten Beiträge dienlich ist, besteht Grund zu der Annahme, daß auf diese Weise den Bedenken des Verfassungsgerichtshofes - wonach das zur sachlichen Rechtfertigung der Haftungsregelung erforderliche öffentliche Interesse an der Sicherung der Einbringlichkeit der Beiträge nicht gegeben sei - nicht Rechnung getragen wird. Durch eine zweimalige Mahnung wird das öffentliche Interesse an der Sicherung der Einbringlichkeit der Beiträge nicht größer, als wenn eine solche zweimalige Mahnung nicht erfolgt wäre. Demgegenüber hat der Hauptverband in seinem dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales übermittelten Novellierungsvorschlag versucht, jene sachlichen Umstände zu umschreiben, die in höherem Maß als die Unterlassung der Beitragssentrichtung für sich allein ein öffentliches Interesse an der Inanspruchnahme der Haftung von zur Vertretung berufenen Personen begründen können, nämlich daß ansonsten eine Gefährdung oder wesentliche Erschwerung der Einbringung der Beiträge zu befürchten ist.

Außerdem wäre es wichtig, wie es der Hauptverband vorgeschlagen hat, neben den zur Vertretung juristischer Personen berufenen Personen auch jene Personen anzuführen, die zur Vertretung von Personenhandelsgesellschaften (offene Handelsgesellschaft, Kommanditgesellschaft) berufen sind. Nach der neueren Rechtsprechung des Verwaltungsgerichtshofes gilt nämlich nur die Personenhandelsgesellschaft als solche als Dienstgeber, nicht hingegen die einzelnen persönlich

- 2 -

haftenden Gesellschafter. Von besonderer Bedeutung wäre die vom Hauptverband vorgeschlagene Einfügung im Hinblick auf jene Personengesellschaften, an denen eine Kapitalhandelsgesellschaft als Gesellschafter beteiligt ist (z.B. bei der sehr häufig vorkommenden Konstruktion der Ges.m.b.H. & Co.KG.).

Der Hauptverband ist der Ansicht, daß sein ursprünglicher Vorschlag (siehe Beilage) besser dem vom Verfassungsgerichtshof verlangten Kriterium der "Gefährdung der Einbringlichkeit" entspricht als der ausgesandte Vorschlag. Es wird daher gebeten, § 67 Abs.10 ASVG in der Fassung des beiliegenden Vorschlages in den Entwurf der Regierungsvorlage aufzunehmen.

Beilage

N o v e l l i e r u n g s v o r s c h l a g  
zu § 67 Abs.10 ASVG

Geltender Wortlaut

(10) Die zur Vertretung juristischer Personen berufenen Personen und die gesetzlichen Vertreter natürlicher Personen haften im Rahmen ihrer Vertretungsmacht neben den durch sie vertretenen Beitragsschuldern für die von diesen zu entrichtenden Beiträge insoweit, als die Beiträge aus Verschulden des Vertreters nicht bei Fälligkeit entrichtet werden.  
(BGBl.Nr.111/1986, Art. I 2.21 lit.b) - 1. Jänner 1986.

Novellierungsvorschlag  
§ 67 Abs.10 ASVG lautet:

(10) Die zur Vertretung juristischer Personen oder Personenhandelsgesellschaften (Offene Handelsgesellschaft, Kommanditgesellschaft) berufenen Personen und die gesetzlichen Vertreter natürlicher Personen haften im Rahmen ihrer Vertretungsmacht neben den durch sie vertretenen Beitragsschuldern für die von diesen zu entrichtenden Beiträge insoweit, als die Beiträge aus Verschulden des Vertreters nicht bei Fälligkeit entrichtet werden und eine Gefährdung oder wesentliche Erschwerung der Einbringung der Beiträge zu befürchten ist. Vermögensverwalter haften, soweit ihre Verwaltung reicht, entsprechend.

Begründung:

Der Verfassungsgerichtshof hat mit Erkenntnis vom 9. März 1989, Zl. G 163/88, u.a. wesentliche Bestimmungen des § 67 Abs.10 ASVG mit Ablauf des 28. Februar 1990 als verfassungswidrig aufgehoben.

Nach Ansicht des Verfassungsgerichtshofes ist das zur sachlichen Rechtfertigung dieser Haftungsregelung erforderliche öffentliche Interesse an der Sicherung der Einbringlichkeit der Beiträge nicht gegeben, weil § 67 Abs.10 ASVG keine Ausfallhaftung im engeren Sinne statuiert; die Haftung des Vertreters des Beitragsschuldners tritt bereits dann ein, wenn die Beiträge bei Fälligkeit aus seinem Verschulden nicht entrichtet werden, wobei die Haftung auch dann besteht, wenn die Beiträge beim Beitragsschuldner einbringlich sind.

Für die Sicherung der Beitragseinbringung ist es jedoch erforderlich, die Haftung nicht erst bei Unein-

bringlichkeit der Beiträge beim Beitragsschuldner eintreten zu lassen, sondern zu einem früheren Zeitpunkt.

Die Haftung des Vertreters sollte bereits dann erfolgen, wenn durch das schuldhafte Verhalten des Vertreters bereits eine Gefährdung oder wesentliche Erschwerung der Beitragseinbringung zu befürchten ist; die Ausfallshaftung würde zu spät greifen. Nur in diesem Fall ist der Vertreter des Beitragsschuldners einerseits noch genügend motiviert, für die Bezahlung der Beiträge aus den Betriebserträgnissen zu sorgen und es wird ihm dies andererseits durch den Fortbestand des Betriebes auch eher möglich sein. Eine solche Haftungsregelung stellt auch einen Bezug zur Einbringlichkeit der Forderung beim Beitragsschuldner her; sie wird daher auch dem Sachlichkeitsgebot entsprechen.

Es wurde auch immer bezweifelt, ob Personen, deren Vermögen zur Verwaltung übertragen wurde, zu den haftenden Vertretern von Beitragsschuldndern zu zählen sind. Nach den ähnlichen Haftungsbestimmungen der BAO werden auch Vermögensverwalter zu den Haftenden gezählt. § 67 Abs.10 ASVG sollte daher auch um diesen Personenkreis erweitert werden.

Neben den zur Vertretung juristischer Personen berufenen Personen sollen auch die Vertreter von Personengesellschaften in die Haftung gemäß § 67 Abs.10 ASVG einbezogen werden. Dies ist insofern gerechtfertigt, als auch die BAO eine entsprechende Haftung (§ 9 Abs.1 BAO i.V.m. § 81 Abs.1 BAO) vorsieht.

Zu Art.I Z.7

(§ 76 Abs.3 im Zusammenhang mit § 76a Abs.5)

Es wird angeregt, die Höhe der Prozentsätze der Unterhaltsverpflichtungen an die neuen Prozentsätze des § 294 Abs.1 (26 % bzw. 13 %) anzupassen.

Zu Art.I Zi.8 lit.a (§ 77 Abs.2)

**Es dürfte beabsichtigt sein, nicht den zweiten sondern den letzten Satz des § 77 Abs.2 aufzuheben, da dieser im Widerspruch zum neuen Abs.6 Zi.1 stünde.**

Zu Art.I z.8 lit.b (§ 77 Abs.6 Z.1)

Der Ausdruck "hat der Versicherte Leistungszusagen nach § 2 des Betriebspensionsgesetzes erworben" sollte treffenderweise auf "hat der Versicherte Anwartschaften auf Grund von Leistungszusagen nach § 2 des Betriebspensionsgesetzes erworben" geändert werden.

Zu Art.I Z.8 lit.b (§ 77 Abs.6 Z.2)

Die Zitierung "und gegebenenfalls vom Dienstnehmer" dürfte nicht richtig sein. Nach dem BPG und § 20a ist nur die Zahlung von Beiträgen zur neuen Höherversicherung durch den Dienstgeber für den Dienstnehmer geregelt.

Die Zitierung des § 4 Abs.4 Z.2 lit.a cc EStG 1988 dürfte nicht richtig sein. Ofensichtlich ist § 4 Abs.4 Z.2 lit.a ee gemeint.

Nach der derzeitigen Textierung könnte der Dienstnehmer in der "alten" Höherversicherung als Beitrag das 60fache der Höchstbeitragsgrundlage zahlen und zusätzlich der Dienstgeber für den Dienstnehmer auf Grund einer Leistungszusage nach dem BPG ebenfalls das 60fache der Höchstbeitragsgrundlage in der "neuen" Höherversicherung.

Diese Regelung würde zweifellos die Versicherten ohne eine solche Leistungszusage diskriminieren.

Zu Art.I Zi.8 lit.b (§ 77 Abs.6 - 8)

Die Absätze 7 und 8 passen nicht zum Titel des § 77 "Ausmaß und Entrichtung". Sie behandeln die Berücksichtigung der Beiträge im Leistungsfall und wären daher im § 248 aufzunehmen.

Zu Art.I Z.8 lit.b (§ 77 Abs.7)

Der Hauptverband ist bis jetzt noch nicht damit befaßt worden, daß von Beiträgen zur Höherversicherung eine Versicherungssteuer abzuführen ist. Er würde sich auch entschieden gegen eine derartige Regelung aussprechen.

Aus diesem Grunde wird auch der Vorschlag, die Beiträge zur Höherversicherung bei der Berechnung des besonderen Steigerungsbetrages um die Versicherungssteuer zu vermindern, als entbehrlich betrachtet.

Zu Art.I Z.9 des Entwurfes (§ 78 Abs.2 ASVG)

Nach dem Wortlaut des Entwurfes sind Beiträge zur Höherversicherung gemäß § 20a Abs.2 ASVG innerhalb von 6 Monaten ab Beendigung des Dienstverhältnisses einzuzahlen. Sie würden für jenes Jahr als entrichtet gelten, in dem sie eingezahlt wurden.

Somit wäre in entsprechend gelagerten Fällen unter Ausschöpfung der sechsmonatigen Einzahlungsfrist eine Einzahlung in dem auf den Stichtag folgenden Kalenderjahr noch zulässig (z.B. Stichtag 1.8.1990, Einzahlung 31.1.1991). Eine Berücksichtigung in der Leistung selbst könnte jedoch nicht erfolgen, weil die Beiträge erst für das auf das Jahr des Stichtages folgende Jahr als entrichtet gelten.

Zur Bereinigung dieser kaum beabsichtigten Folgewirkung könnte die Entrichtung der gemäß § 20a Abs.2 ASVG innerhalb von 6 Monaten ab Beendigung des Dienstverhältnisses einzuzahlenden Beiträge längstens bis zum Ende des dem Stichtag unmittelbar vorangehenden Monates zugelassen werden.

Bezüglich der rechtzeitig entrichteten Beiträge nach Z.2 dürfte § 230 Abs.1 nicht gelten.

Die bereits im Erlass des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales vom 28.6.1988 Z1.20.055/4-5 angekündigte Ergänzung des § 230 (wirksame Entrichtung der Beiträge im Leistungsfall auch nach dem Stichtag) fehlt.

Dies gilt auch für Beiträge gemäß § 20a Abs.2.

§ 230 Abs.2 sollte daher diesbezüglich erweitert werden.

Zu Art.I Z.11 und Art.VI Abs.2 des Entwurfes (§ 94 ASVG)

Wenngleich als Zielsetzung der Ruhensbestimmungen nach den Erläuterungen zu § 94 Abs.3 ASVG des Entwurfes bei Hinterbliebenenpensionen die Aufrechterhaltung eines angemessenen Lebensstandards in Relation zum letzten Familieneinkommen definiert wird, darf doch nicht übersehen werden, daß damit für erwerbstätige Witwen (Witwer) mit einer Hinterbliebenenpension ab etwa mtl. S 7.000,- aufwärts gegenüber der bisherigen Rechtslage trotz Anhebung des Grenzwertes von S 12.136,- auf S 14.000,- eine Verschlechterung eintreten würde. Diese Gruppe von Hinterbliebenenpensionisten kann nach der in Geltung stehenden Rechtslage S 7.057,- hinzuerdienen, ohne daß ihre Leistung von einem Ruhen gemäß § 94 ASVG erfaßt wird. Nach neuem Recht würde bei diesem Verdienst eine Hinterbliebenenpension von S 7.000,- bereits mit 25 % von S 57,- ruhen.

Es ist davon auszugehen, daß eine nicht unerhebliche Anzahl von Hinterbliebenenpensionisten im Vertrauen auf die bestehende Rechtslage unter Ausschöpfung des Grenzwertes von S 7.057,- ihr Arbeitseinkommen so gestaltet haben, daß kein Ruhen ihrer Witwen(Witwer)pension eintritt. Im Falle eines solchen "Nichtruhens" im Dezember 1989 würden auch die Übergangsbestimmungen des Art.VI Abs.2 ins Leere gehen und das am 31. Dezember 1989 günstigere Recht könnte nicht angewendet werden. Ein geringerer Auszahlungsbetrag bei ansonst gleichem Sachverhalt wäre also nicht auszuschließen.

Dem stünde eine zweifellos gelockterere Form der Ruhensbestimmungen gemäß § 94 ASVG für erwerbstätige Eigenspensionisten gegenüber. Diesen käme trotz Anhebung des oberen Grenzwertes auf S 14.000,- weiterhin auch ein auf nun S 8.000,- angehobener unterer Grenzwert zugute.

- 2 -

Kämen für die Ermittlung des Ruhensbetrages sowohl die im Abs.1 als auch die im Abs.2 bzw. 3 genannten Grenzbeträge in Betracht, so wären nach dem Wortlaut des Abs.8 (neu) die im Abs.1 genannten Grenzbeträge maßgebend. Somit würde etwa eine im Witwenpensionsbezug stehende Hausbesorgerin mit Anfall einer Alterspension gemäß § 253 ASVG wieder den Vorteil eines unteren Grenzwertes in Anspruch nehmen können, während eine solche Möglichkeit für erwerbstätige Hinterbliebenenpensionisten ohne Eigenpensionsanspruch nicht bestünde.

Eine derartige Ungleichbehandlung sollte nach unserer Auffassung vermieden werden..

Schließlich bedürfte es zur Anwendung des Art.VI Abs.2 des Entwurfes einer Klarstellung, ob und gegebenenfalls auf welche Weise bei Anwendung des § 94 Abs.2 lit.a und Abs.6 ASVG in der am 31. Dezember 1989 in Geltung gestandenen Fassung die Anpassung der in Betracht kommenden Grenzwerte sichergestellt ist.

Nach der vorgesehenen Textierung ("...sowohl die im Abs.1 als auch die ...") bezieht sich diese Regelung nur auf das Zusammentreffen einer Eigenpension (Abs.1) mit einer "qualifizierten" BU-Pension (Abs.2) oder einer HB-Pension (Abs.3), nicht jedoch auf die Kollision einer im Abs.2 und Abs.3 erwähnten Leistung. Dies würde jedoch dem ersten Satz des Abs.8 widersprechen.

Außerdem kann eine Pension nach Abs.1 (Eigenpension) nicht mit einer Pension nach Abs.2 ("qualifizierte BU-Pension") Zusammentreffen (§ 100 Abs.2).

Der neue Abs.8 ist textlich dem bisherigen Abs.7 nachgebildet. Während aber derzeit im Abs.1 und 2 verschieden hohe Grenzbeträge gelten, soll dies künftig nicht der Fall sein (S 8.000,- bzw. S 14.000,-). Es sind jedoch unterschiedlich hohe Grenzwerte vorgesehen, die in Prozentsätzen ausgedrückt sind. Die Formulierung des Abs.8 (... sowohl die ... genannten Grenzbeträge ...) scheint daher für die geplanten Ruhensvorschriften nicht mehr passend zu sein.

- 3 -

Auch aus den "Erläuterungen" zum Entwurf ist nicht zu entnehmen, warum Bezieher einer Eigen- und Hinterbliebenenpension gegenüber Beziehern nur einer HB-Pension bevorzugt werden sollen. Während bei "Doppelpensionisten" ein Erwerbseinkommen bis zu S 8.000,- die Pensionsansprüche nicht berührt, kann es bei HB-Pensionisten zu einem Ruhen der Pension kommen.

Beispiel:

1. Doppelpensionist:

Eigenpension	S 16.000,-
HB-Pension	S 8.000,-
Einkommen	S 8.000,-
Ruhensbetrag	S ---,-
Gesamteinkommen	S 32.000,-

2. HB-Pensionist

Pension	S 8.000,-
Einkommen	S 8.000,-
Ruhensbetrag	S 500,-
Gesamteinkommen	S 15.500,-

Zu Art. II Z.1 und 4 (§§ 117 Z.4 lit.a  
und 159 ASVG - Mutterschaftsleistungen):

Der Hauptverband spricht sich aus folgenden Gründen dagegen aus, den Kreis jener Personen, der auf Rechnung eines Krankenversicherungsträgers Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft erbringen kann, um freiberuflich tätige Kinderkranken- und Säuglingsschwestern zu ergänzen:

a) Die derzeitige Überschrift des § 159 ASVG lautet "Ärztlicher Beistand und Hebammenbeistand". Ebenso sind im § 117 Z.4 lit.a ASVG diese Leistungen angeführt.

Somit ist in erster Linie der Beistand des Arztes bzw. der Hebamme bei der Entbindung, also primär die geburtshilfliche Leistung gemeint.

Diplomierte Kinderkranken- und Säuglingsschwestern sind aber zur Erbringung von geburtshilflichen Leistungen nicht befugt (die Verwendung eines anderen Ausdruckes statt "Beistandes" wäre hinsichtlich dieses Personenkreises daher angezeigt); es verbleiben daher nur Leistungen außerhalb der Geburtshilfe.

Nach der vorgeschlagenen Regelung können Kinderkranken- und Säuglingsschwestern nunmehr berechtigt werden, Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft auf Rechnung eines Krankenversicherungsträgers zu erbringen.

Die Tätigkeit der Kinderkranken- und Säuglingsschwestern auf Rechnung eines Krankenversicherungsträgers ist somit auf die Nachbetreuung der Mütter und Säuglinge nach der Entbindung bzw. Geburt beschränkt. Jede andere pflegerische Betreuung von Müttern oder Kindern, insbesondere aber die Pflege Frühgeborener oder kranker Neugeborener oder kranker Säuglinge, könnte nur aus dem Versicherungsfall der Krankheit erbracht werden.

Die Nachbetreuung der Mütter und Säuglinge nach der Entbindung bzw. Geburt ist aber eine den Hebammen gesetzlich übertragene Aufgabe. Gemäß § 1 Hebamengesetz 1963 umfaßt der Hebammenberuf die Beratung der Schwangeren, die Beistandsleistung bei der Geburt, die Pflege der Wöchnerin, des Neugeborenen und des Säuglings und die Mitwirkung bei der

- 2 -

**Mutterschafts- und Säuglingsfürsorge.** Dementsprechend ist gemäß §§ 42 ff der Hebammendienstordnung die Pflege der Wöchnerin und des Kindes (nach der Hausentbindung) Aufgabe der Hebamme.

Jede Schwangere ist gemäß § 1a Hebammengesetz verpflichtet, zur Geburt und zur Versorgung des Kindes Hebammenbeistand beizuziehen, sofern ein solcher erreichbar ist. Ist die Beiziehung einer Hebamme bei der Entbindung selbst nicht möglich, so hat die Wöchnerin jedenfalls zu ihrer weiteren Versorgung und zur Versorgung des Kindes eine Hebamme heranzuziehen.

Da die Beiziehung einer Hebamme somit unerlässlich ist, könnte eine diplomierte Kinderkranken- und Säuglingsschwester nur zusätzlich herangezogen werden, was aber im Hinblick auf den genau umschriebenen Aufgabenkreis der Hebammen nicht notwendig ist. Durch die zusätzliche Heranziehung von diplomierten Kinderkranken- und Säuglingsschwestern würden den Krankenversicherungsträgern unnötige und schon deswegen nicht vertretbare Mehrkosten erwachsen.

b) In der Praxis ist die geplante Änderung ein Vorgriff auf jene Modifikationen der Sozialversicherungsgesetze, die im Zusammenhang mit der Hauskrankenpflege diskutiert werden.

Der Hauptverband hält es nicht für zweckmäßig, einen der Hauskrankenpflege vergleichbaren Bereich, nämlich die häusliche Betreuung von Müttern und Säuglingen durch diplomierte Kinderkranken- und Säuglingsschwestern bereits heute im ASVG zu regeln, ohne daß bekannt wäre, welchen Inhalt die zu erwartenden Änderungen im Bereich der Hauskrankenpflege haben.

- 3 -

c) Eine Verwirklichung der geplanten Gesetzesänderung hätte Beispieldwirkungen.

Gemäß § 52 Abs.4 des Krankenpflegegesetzes kann eine Reihe von Diensten freiberuflich ausgeübt werden (z.B. Diätdienst, beschäftigungs- und arbeitstherapeutischer Dienst) ohne daß der betreffende Personenkreis derzeit zur Leistungserbringung auf Rechnung eines Krankenversicherungsträgers berechtigt wäre.

Sollte die vorgeschlagene Gesetzesänderung verwirklicht werden, würden auch andere Personen, die zur freiberuflichen Tätigkeit gemäß § 52 Abs.4 des Krankenpflegegesetzes berechtigt sind, verlangen, daß ihre Dienste in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen werden.

Die Verwirklichung solcher Forderungen würde weitere zusätzliche finanzielle Mitteln erfordern, deren Bereitstellung aufgrund der gegebenen finanziellen Situation der Krankenversicherungsträger nahezu unmöglich erscheint.

Zu Art. II Z.3 und Art. V Z.1(§§ 148 Z.3 und 332 Abs.1 ASVG - Regreßgrundlage):

a) Nach den Erläuterungen im Ministerialentwurf soll die Änderung der §§ 148 Z.3 und 332 Abs.1 ASVG der Klarstellung dienen.

Die privaten Haftpflichtversicherungsunternehmungen haben in den bisher von den Krankenversicherungsträgern geltend gemachten Regreßfällen größtenteils die Auffassung vertreten, daß die Krankenversicherungsträger ihre Zahlungen an den Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds nicht regressieren können.

Es wird vorgeschlagen, im Rahmen einer Übergangsbestimmung festzulegen, daß die gegenständlichen klarstellenden Änderungen rückwirkend auch für die zum Zeitpunkt des Inkrafttreten des Gesetzes nicht verjährten Regreßfälle gelten.

b) Diese Gesetzesänderungen wurden vorgeschlagen, um klarzustellen, daß die Krankenversicherungsträger auch jene Zahlungen regressieren können, die sie im Zusammenhang mit der Leistung von Anstaltpflege zusätzlich zu den Pflegegebührenersätzen an den Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds zu erbringen haben.

Der im Ministerialentwurf vorgesehene Wortlaut des § 332 Abs.1 ASVG läßt aber folgende - für die Sozialversicherungsträger nachteilige - Auslegung zu:

Nach der geltenden Fassung des § 332 Abs.1 ASVG besteht bei ausreichendem Deckungsfonds hinsichtlich der Höhe der zu regressierenden Aufwendungen für Anstaltpflege keine Einschränkung.

Insbesondere können jene Sozialversicherungsträger, die eigene Einrichtungen betreiben, die tatsächlich entstandenen "Selbstkosten" geltend machen.

Ebenso ist ein Regreß von Sondergebühren möglich (dies ist insbesondere für Versicherungsträger, die die Krankenver-

- 2 -

sicherung nach dem B-KUVG oder GSVG durchführen, - die entsprechenden Regreßbestimmungen sind dem § 332 ASVG nachgebildet - von Bedeutung).

Sieht man die im § 332 Abs.1 ASVG vorgesehene Aufzählung (Pflegegebührenersatz sowie anteilige Zahlung zur Krankenanstaltenfinanzierung) als taxative Aufzählung, wird die Legalzession erheblich eingeschränkt.

Der Hauptverband schlägt daher vor, den - neu einzufügenden - vorletzten Satz des § 332 Abs.1 ASVG wie folgt zu formulieren:

"Wurde Anstaltpflege gewährt, umfaßt der übergehende Anspruch anteilmäßig auch die zusätzlichen Zahlungen des Versicherungsträgers zur Krankenanstaltenfinanzierung (§ 148 Z. 3 lit.d); hiebei ist § 28 Abs.4 Z.3 KAG sinngemäß anzuwenden".

c) Der Hauptverband ersucht, im § 334 ASVG oder durch einen entsprechenden Hinweis in den Erläuternden Bemerkungen zur Änderung der §§ 148 Z.3 und 332 Abs.1 ASVG klarzustellen, daß die Krankenversicherungsträger auch bei Regressen gegenüber einem Dienstgeber nach Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten (§ 334 ASVG) anteilmäßig ihre Zahlungen an den Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds regressieren können.

Zu Art. IV Z.2 und 3(§§ 248 Abs.6 bis 8, 250a und 250b ASVG)

Der Entwurf lässt vor allem die folgenden wesentlichen Punkte offen:

- a) Sind Bezieher einer Höherversicherungspension aufgrund dieses Bezuges krankenversichert?
- b) Warum werden im Zusammenhang mit § 248 Abs.6 nur Beiträge zur Höherversicherung ab dem 1.1.1986 berücksichtigt.
- c) Ist § 250b ASVG auch auf Beiträge anzuwenden, die zu bereits bestehenden Pensionskassen vor Inkrafttreten des BPG geleistet wurden.

Weiters ist folgendes anzumerken:

Gemäß Abs.6 (neu) erhalten Höherversicherte, die keinen Anspruch auf eine Leistung aus der Pensionsversicherung haben, für Beiträge zur Höherversicherung, die für nach dem 31. Dezember 1985 gelegene Versicherungszeiten geleistet wurden oder als geleistet gelten, auf Antrag eine Höherversicherungspension aus den Versicherungsfällen des Alters und des Todes. Im Übrigen sind die Bestimmungen des Vierten Teiles dieses Bundesgesetzes entsprechend anzuwenden.

Die vorliegende Regelung scheint in dieser Form im Versicherungsfall des Todes nicht vollziehbar.

Zum einen sind die eigentlich Höherversicherten im Versicherungsfall des Todes bereits verstorben; sie können also keine Höherversicherungspension mehr erhalten. Zum anderen schließt die Formulierung "..., die keinen Anspruch auf eine Leistung aus der Pensionsversicherung nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz haben, ..." lediglich Witwen(Witwer)pensionsberechtigte vom Anspruch auf Höherversicherungspension aus. Alle sonstigen Personen könnten das Recht auf Höherversicherungspension geltend machen.

Während die Erlangung einer Höherversicherungspension aus dem Versicherungsfall des Alters an die Vollendung des 60. bzw. 65. Lebensjahres gebunden ist, bestehen hinsichtlich der Berechtigung auf eine Höherversicherungspension aus dem Versicherungsfall des Todes - mit Ausnahme der Auflage, daß kein Witwen(Witwer)pensionsanspruch bestehen darf - keinerlei Einschränkungen. Es fehlt

- 2 -

jeder Hinweis, welche der Bestimmungen des Vierten Teiles in diesem Zusammenhang relevant sind, wie überhaupt die Erläuterungen des Entwurfes dazu nichts aussagen.

So erhebt sich beispielsweise die Frage, ob nach Ablauf einer nach § 258 Abs.2 ASVG ausgesprochenen Befristung eine Höherversicherungspension anfallen kann, ob im Falle des Erlöschens eines Witwen(Witwer)pensionsanspruches wegen Wiederverehelichung eine Höherversicherungspension gebührt oder ob eine schon angefallene Höherversicherungspension im Falle der Eheschließung erlischt bzw. abzufertigen ist. Zu klären wäre auch die Frage eines eventuellen Wiederauflebens.

Gegebenenfalls müßten die §§ 248 Abs.6 und 250b Abs.1 in der Fassung des vorliegenden Entwurfes komplett überarbeitet werden. Zur Sicherstellung einer reibungslosen Vollziehung sollten die beabsichtigten Änderungen in den Erläuterungen auch entsprechend kommentiert werden.

Im Falle des Todes sollen 60 % der Höherversicherungspension gebühren. Es wäre noch festzustellen, wem sie gebühren sollen (hinterbliebener Ehepartner allein, hinterbliebener Ehepartner und Waise(n), Waise(n) allein?).

Es wird darauf hingewiesen, daß bei einer solchen Form der Pensionsberechnung sogenannte "Zwergpensionen" entstehen können, für deren Höhe in der Öffentlichkeit sicher die Pensionsversicherung verantwortlich gemacht würde.

Nach dem Wortlaut des § 250a Abs.2 und § 250b Abs.1 sollen die auf Übertragenen Anwartschaften beruhenden besonderen Steigerungsbeträge und Höherversicherungspensionen in Eigenpensionsfällen frühestens mit dem Ablauf von zwölf Kalendermonaten nach dem Ende des Kalendermonates, in dem die Einzahlung erfolgt ist, anfallen. Auf diese Weise möchte man Spekulationen in Richtung Übertragung von Anwartschaften unmittelbar vor Inanspruchnahme der Pension möglichst hintanhalten.

Durch eine ausdrücklich statuierte Ausnahme des Versicherungsfalles des Todes könnten besondere Steigerungsbeträge und Höherversicherungspensionen aus diesem Titel ohne zeitliche Verzögerung

- 3 -

nach § 86 ASVG anfallen. Offensichtlich wird hiebei von der Überlegung ausgegangen, daß spekulative Erwägungen im Versicherungsfall des Todes nicht zu unterstellen sind. Gleiches müßte aber nach Meinung der Anstalt auch für Versicherungsfälle der geminderten Arbeitsfähigkeit gelten, wenn etwa die Invalidität durch ein plötzliches Ereignis, z.B. durch einen Arbeitsunfall, hervorgerufen wurde.

Es ist zu befürchten, daß eine solche Wartezeitregelung bei den Betroffenen spätestens anlässlich des Eintrittes des Versicherungsfalles Unverständnis hervorruft. Anstelle dessen sollte - nicht zuletzt aus Gründen der Optik in der Öffentlichkeit - der in § 77 Abs.8 der vorgeschlagenen Neufassung verankerte Zuschlag bei Übertragungen im höheren Alter eher so gestaltet werden, daß dieses Risiko komplett abgedeckt ist. Analog dazu wird seitens der Anstalt vorgeschlagen, auch in Versicherungsfällen der geminderten Arbeitsfähigkeit als Äquivalent für einen vor Ablauf eines Jahres nach erfolgter Übertragung gebührenden besonderen Steigerungsbetrag oder eine Höherversicherungspension entsprechend höhere Risikozuschläge vorzusehen.

Zu Art. IV Z.4  
(§ 251 Abs.4 ASVG)

Die Undifferenziertheit der ARÜG-Ersatzverfahren stellt den Lehrling in bezug auf die anzuwendende Beitragsgrundlage mit dem ungelernten Dienstnehmer auf eine Stufe. Diese aus der Sicht des Lehrlings überaus vorteilhafte Einstufung stößt bei zu begünstigenden Personen, deren vorgemerktter Arbeitsverdienst darunter liegt, zwangsläufig auf Kritik. Dies gilt auch hinsichtlich der anzunehmenden Beitragsgrundlage von § 7,-- für den Kalendertag, wenn überhaupt keine Beitragsmonate oder Ersatzmonate nach § 229 Abs.1 ASVG vorliegen. Aus einem solchen Anlaß einem eventuell höheren Ersatzverfahren gegenüber einem tatsächlich vorgemerkten geringeren Arbeitsverdienst den Vorzug zu geben, hieße jedoch den eigentlichen Sinn von Ersatzverfahren gründlich zu verkennen.

Gegebenenfalls müßte die Einführung einer solchen Mindestbeitragsgrundlage auch außerhalb der Vorschriften des § 500ff entsprechende Konsequenzen nach sich ziehen. Insbesondere bei Anwendung zwischenstaatlicher Abkommen über Soziale Sicherheit ist es keine Seltenheit, daß die Bemessungsgrundlage von vorgemerkten Arbeitsverdiensten aufgrund einer Lehrzeit dominiert wird. Ebenso gibt es - im Gegensatz zur Bemessung von Unfallrenten - nach den Vorschriften der Pensionsversicherung über die Berücksichtigung von Beitragsgrundlagen in der Bemessungsgrundlage kein Äquivalent dafür, wenn bei Eintritt des Versicherungsfalles in jungen Jahren eine mitunter geringe Beitragsgrundlage das gesamte Leistungsausmaß beeinflußt.

Nach unserer Meinung dürften jedenfalls so grundlegende Systemänderungen, wie sie der vorliegende Gesetzesentwurf ausschließlich für die Fälle des § 500ff vorsieht, nicht ohne analoge Änderungen für den Bereich der gesamten Pensionsversicherung normiert werden.

Zu Art. IV Z.7 lit.c (§ 292 Abs.8 - 13)

Der neue Abs.9 behandelt nur Naturalleistungen in Form

- a) unentgeltlich beigestellter Unterkunft und
- b) landwirtschaftlicher Produkte.

Fraglich ist, warum nicht auch Naturalleistungen in Form der vollen freien Station unter den vorgesehenen Voraussetzungen bei der Ermittlung des Einkommens außer Betracht bleiben sollen.

Desweiteren müßte der Klammerausdruck "Verpächter" entfallen, da diese Bestimmung nur für Ausgedingeleistungen aus übergebenen (aufgegebenen) land- und forstwirtschaftlichen Betrieben gelten soll.

Die Voraussetzungen, unter denen eine Ermittlung des Einkommens des bisherigen Eigentümers gemäß § 292 Abs.9 des Entwurfes zu unterbleiben hat, ist in den einschlägigen Erläuterungen zur 14. BSVG-Novelle näher definiert. Danach sollen auch Härten, die nach Realisierung des gegenständlichen Novellenvorhabens da und dort doch entstehen können, durch Gewährung von Aushilfen aus dem Unterstützungsfonds kompensiert werden.

Es wird darauf hingewiesen, daß die Überweisungen an den Unterstützungsfonds durch die 41. Novelle zum ASVG erheblich eingeschränkt sind. Zudem wurde der Kreis von Unterstützungsbe rechtigten, z.B. durch den Entfall von Fahrtkostenvergütungen im Bereich der Gesundheitsvorsorge, erst kürzlich ausgeweitet. Flankierend zu den neuen Auflagen wäre daher den Trägern auch eine entsprechende höhere Dotierungsmöglichkeit einzuräumen.

Zu Art.IV Z.9 (§ 294 Abs.3)

Der neugefaßte Abs.3 des § 294 bewirkt, daß eine Zurechnung zum Nettoeinkommen in der Höhe eines Vierzehntels der jährlich zufließenden Unterhaltsleistung nur dann zu erfolgen hat, wenn die Unterhaltsforderung nach § 294 Abs.1 der Höhe nach uneinbringlich oder die Verfolgung eines Unterhaltsanspruchs aussichtslos ist.

Demgegenüber wären alle Ausgleichszulagenbezieher, denen zwölfmal jährlich Unterhaltsansprüche im gesetzlichen Ausmaß zufließen, benachteiligt, weil diese Beträge auch bei der Bemessung der Sonderzahlungen zu berücksichtigen sind.

Der Hauptverband schlägt daher vor, den Text des § 294 Abs.3 zweiter Satz in der geltenden Fassung zu belassen und einen dritten Satz mit folgendem Text anzufügen:

"Eine Zurechnung zum Nettoeinkommen erfolgt in der Höhe eines Vierzehntels der jährlich zufließenden Unterhaltsleistungen."

Diese Regelung hätte zur Folge, daß über die (endgültige) Höhe einer AZ jeweils erst nach Ablauf eines Kalenderjahres entschieden werden könnte.

Es erscheint daher zweckmäßiger, die in den Erläuterungen zum Entwurf beabsichtigte Auswirkung durch eine entsprechende Adaptierung der Bestimmungen über den Jahresausgleich gemäß § 296 Abs.5 bis 7 herbeizuführen.

Zu Art.IV Z.11(§ 308 Abs.3)

Die vorgesehene Änderung bewirkt, daß Beiträge zur Höherversicherung anlässlich der Leistung eines Überweisungsbetrages gemäß § 308 Abs.1 nicht mehr erstattet werden können.

Mit der Leistung des Überweisungsbetrages an den öffentlich-rechtlichen Dienstgeber und der Erstattung von Beiträgen an den Dienstnehmer wird bezweckt, daß der Versicherte zur Gänze aus der gesetzlichen Pensionsversicherung ausscheiden und ausschließlich Leistungen nach dem Pensionssystem des öffentlich-rechtlichen Dienstgebers in Anspruch nehmen soll.

Ist nun eine Erstattung von Beiträgen zur Höherversicherung nicht mehr möglich, müßte dem nunmehrigen Beamten eine Höherversicherungspension gewährt werden. Da die Aufnahme in das öffentlich-rechtliche Beamten-Dienstverhältnis zumeist in jüngeren Jahren erfolgt, werden die betroffenen Versicherten Beiträge zur Höherversicherung nur in relativ geringer Höhe erwerben können, so daß auch die Höherversicherungspension ein eher bescheidenes Ausmaß erreichen wird.

Da die beabsichtigte Regelung dem eigentlichen Sinn des § 308 ASVG widerspricht, sollte nach Auffassung des Hauptverbandes § 308 Abs.3 lit.c nicht aufgehoben werden.

Zu § 243 Z. 1 ASVG:

Aufgrund der Neufassung des § 314 Abs.4 ASVG ist auch die Beitragsgrundlage für solche Fälle neu zu definieren, zumal der bisher hiefür geltende Entgeltsbegriff wegfällt.

"... für die Beitragszeiten nach § 225 Abs.1 Z 6 ein Betrag in der Höhe des in der betreffenden Zeit üblichen Arbeitsverdienstes eines körperlich und geistig gesunden Versicherten von ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten."

Zu Art. V Z.2 lit. c und d (§ 333 Abs.1 und 2 ASVG):

Die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt hat zu diesen Bestimmungen des Ministerialentwurfes wie folgt Stellung genommen:

"Zunächst darf bemerkt werden, daß in der ursprünglichen Fassung des Entwurfes zum Abs 3 dem Textierungsvorschlag der Anstalt (Schreiben HGM-383/89 ST 8.3 DrPf/Tn vom 11.5.1989) entsprochen wurde.

Im - offenbar später hinzugefügten - Beiblatt findet sich auch ein Änderungsvorschlag zum Abs 1, der im wesentlichen damit begründet wird, daß in der Öffentlichkeit wiederholt darauf hingewiesen worden sei, daß ein durch Arbeitsunfall verletzter Arbeitnehmer aufgrund der derzeitigen Gesetzeslage Ansprüche, die über die Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung hinausgehen, gegenüber dem Unternehmer und dem Aufseher im Betrieb nur unter der Voraussetzung der vorsätzlichen Herbeiführung dieses Unfalles geltend machen könne. Nach Ansicht des BMAS und des ÖAKT solle ein Arbeitnehmer jedoch auch dann Schmerzengeld und Ersatz für die Verhinderung besseren Fortkommens vom Unternehmer bzw diesen gleichgestellten Personen fordern können, wenn der Arbeitsunfall durch die fahrlässige Außerachtlassung von Arbeitnehmerschutzvorschriften verursacht wurde.

Diesem Ansinnen muß folgendes entgegengehalten werden:

Die Einschreiter übersehen die Tatsache, daß es sich nach den täglichen Erfahrungen beim Kreis der Aufseher im Betrieb zum Großteil durchaus um Personen handelt, die einer sozialen Absicherung gegenüber Forderungen aus im Zusammenhang mit ihrer Berufsausübung entstandenen Personenschäden bedürfen, so etwa für kurze Zeit zum Vorgesetzten bestellte Vorarbeiter.

Derartige Schadenersatzverpflichtungen finden zwar in den derzeitigen Betriebshaftpflicht-Versicherungsbedingungen (vgl Abschnitt A, Z 1, Pkt 3.1 EHVB 1986) Deckung, jedoch darf mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit angenommen werden, daß eine Gesetzwerdung IS des Beiblattes zum Entwurf entweder eine entsprechende Ausschlußbestimmung oder eine erhebliche Erhöhung der Prämien für Haftpflichtversicherungs-Verträge nach sich ziehen würde. Selbst wenn diese Fol-

- 2 -

gen nicht eintreten, bleibt die Tatsache bestehen, daß bei weitem nicht alle Betriebe haftpflichtversichert sind und sich zumindest in diesen Fällen die direkte (und wohl oft existenzzerstörende) Haftung auf den - oft nur kurzfristig als Betriebsaufseher tätigen - Arbeitnehmer auswirkt.

Die Textierung "... oder durch die fahrlässige Außerachtlassung von Arbeitnehmerschutzzvorschriften verursacht ..." kann überdies nur so verstanden werden, daß der Arbeitsunfall an sich gar nicht schuldhaft herbeigeführt werden muß, um den Direktanspruch des Geschädigten zur Anwendung gelangen zu lassen. Da in diesem Zusammenhang davon ausgegangen werden kann, daß wohl jede Übertretung von Schutzbestimmungen zumindest fahrlässig geschieht, kommt eine Novellierung iS des Beiblattes zum Entwurf einer weitgehenden Aufhebung des Haftungsausschlusses gleich.

Auch auf das Insolvenzrisiko des nicht haftpflichtversicherten Schädigers darf in diesem Zusammenhang hingewiesen werden, in welchem Falle eine zureichende Entschädigung noch unwahrscheinlicher erscheint.

Weiters wurde offenbar außer acht gelassen, daß ja die Beiträge zur gesetzlichen Unfallversicherung zur Gänze von der Dienstgeberseite her aufgebracht werden, ein Umstand, der die vom allgemeinen Schadenersatzrecht abweichenden Regelungen der §§ 333ff ASVG durchaus rechtfertigt.

Nach derzeitiger Rechtslage (§ 333 Abs 2 leg cit) sind auf Ansprüche aus vorsätzlicher Schädigung die Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung anzurechnen. Erweitert man nun den gegen den Dienstgeber (Aufseher) gerichteten Schadenersatzanspruch des Versicherten (der Hinterbliebenen) auch auf leichte Fahrlässigkeit, so wären (nach durchaus möglicher Auslegung) die Leistungen der Unfallversicherung

- 3 -

nicht zu berücksichtigen. Dies ergibt sich daraus, daß ja die Bestimmung des § 332 Abs 1 nicht zur Anwendung kommt, zumal gemäß § 332 Abs 3 die Legalzession ausgeschlossen ist, somit derzeit die Anrechnung nur bei vorsätzlicher Verursachung eines Arbeitsunfalles vorzunehmen ist. Somit könnte sich die paradoxe Situation ergeben, daß der Dienstgeber und insbesondere der Aufseher im Betrieb bei einem minderen Grad des Verschuldens einer stärkeren Belastung als bei Vorsatz unterliegen.

Die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt spricht sich daher sowohl aus Gründen der Wahrung der Interessen der Dienstgeber als auch des Schutzes der Dienstnehmer eindringlich gegen die im Beiblatt zum Entwurf vorgesehene Abänderung des § 333 Abs 1 ASVG aus. "

Zu Art.V Z.10 (§ 447g lit.b im Zusammenhang mit Art.IV Z.1 – § 227 Abs.1 Z.4)

Die sich aus der Erweiterung des § 227 Abs.1 Z.4 ergeben-den Mehraufwendungen müßten aus Bundesmitteln ersetzt werden.

Wir schlagen daher vor, im § 447g Abs.3 lit.b den Hundert-satz von 22,7 auf 22,8 zu erhöhen.

Zu Art.V Z.11 des Entwurfes (§ 502 Abs.6 ASVG)

Nach der vorgeschlagenen Neufassung des § 502 Abs.6 ASVG soll in den Fällen des Abs.4 anstelle des Erfordernisses, daß der Betreffende am 12. März 1938 älter als 14 Jahre war, nun die Vollendung des 15. Lebensjahres in der Zeit vom 4. März 1933 bis 9. Mai 1945 treten. Damit wären aber im Gegensatz zu der in Geltung stehenden Regelung die vorher schon älter als 14jährigen nicht mehr miteinbezogen.

Von der Pensionsversicherungsanstalt der Angestellten wird wie folgt Stellung genommen:

Als mit der 41. Novelle der zu begünstigende Personenkreis erweitert wurde, wurde in den Erläuterungen hiezu ausgeführt, daß damit verfolgten Personen der Jahrgänge 1922 und folgende die Möglichkeit der begünstigten Anrechnung von Versicherungszeiten eröffnet werden soll.

In Fortführung dieses Gedankens liegt, den bis Mai 1930 geborenen Emigranten, die, ohne dies selbst beeinflussen zu können keine Versicherungszeiten erworben haben, den begünstigten Erwerb von Anwartschaften zu ermöglichen.

Durch die Formulierung "vom 4. März 1933 ... 15. Lebensjahr vollendet ..." werden jedoch jene Jahrgänge angesprochen, die die Möglichkeit zum Erwerb von Versicherungszeiten gehabt haben sollten. In der Vergangenheit erfolgte in diesen Fällen die Ablehnung, da der Zusammenhang mit dem Versichertenkreis nicht gegeben war und nicht angenommen wurde, daß sie jemals in die Versichertengemeinschaft hineingewachsen wären.

Es sollte überlegt werden, die Worte "in der Zeit von 4. März 1933" zu streichen.

Zu den finanziellen Auswirkungen wurde schon seinerzeit anlässlich der Vorschläge der Vertretung der Verfolgten Stellung genommen; sie ist somit entbehrlich.

Zu Art.VI Abs.1 der Übergangsbestimmungen zum ASVG

Das in dieser Bestimmung enthaltene Datum 1. Mai 1989 widerspricht den von den Verwaltungskörpern des Hauptverbandes per 1. Jänner 1990 beschlossenen Änderungen der Richtlinien für die Gewährung von freiwilligen sozialen Zuwendungen an die Bediensteten der Sozialversicherungsträger Österreichs:

Der Präsidialausschuß des Hauptverbandes hat in seiner Sitzung vom 28. Juni 1989 einstimmig beschlossen, das Höchstausmaß der freiwilligen sozialen Zuwendungen ab 1. Jänner 1990 mit 2,5 % der Summe der laufenden Bezüge der Sozialversicherungsbediensteten im zuletzt vorangegangenen Kalenderjahr festzusetzen. Gleichzeitig wurde in einer Übergangsbestimmung zu den Richtlinien fixiert, daß freiwillige soziale Zuwendungen auch nach dem 31. Dezember 1989 in dem vor dem 1. Juli 1989 vom zuständigen Verwaltungskörper des Versicherungsträgers beschlossenen Ausmaß weitergewährt werden können, auch wenn dadurch der Gesamtaufwand für freiwillige soziale Zuwendungen den Hundertsatz von 2,5 der laufenden Bezüge aller Bediensteten des Versicherungsträgers im zuletzt vorangegangenen Kalenderjahr übersteigt.

Statt 1. Mai 1989 müßte es richtig 1. Juli 1989 heißen.

Zu Art.VI Abs.2

- 1.) Der Ausdruck " ... für den Versicherten günstiger .... ist im gegebenen Zusammenhang nicht passend, da sich diese Übergangsbestimmung nur auf das Ruhen von Witwen(Witwer)pensionen bezieht.
- 2.) Diese Regelung würde die Anwendung unaktueller Rechtsvorschriften über Jahre und Jahrzehnte zur Folge haben, da sie nur auf die Zufälligkeit eines Ruhens der Pension im Dezember 1989 abgestellt ist.  
Trotz einer jahrelangen Unterbrechnung einer Erwerbstätigkeit wäre bei neuerlicher Aufnahme das am 31.12.1989 geltende Recht anzuwenden.
- 3.) Die Übergangsbestimmung des Art.IV Abs.2 der 40.ASVG-Novelle wird durch diese Übergangsbestimmung überlagert und in der Auswirkung dadurch eingeengt, daß auch bei Änderung der Erwerbstätigkeit auf das am 31.12.1989 geltende Recht zurückzugreifen ist.

Zu Art.VI Abs.7

Die Berechnung des Einkommens unter Berücksichtigung des "durchschnittlichen Einheitswertes" gelten nach Art.VI Abs.4 der 38.Novelle nur für Stichtage ab 1.1.1983.

Mit dieser Übergangsbestimmung würde die Regelung auch für Stichtage vorher gelten, was sicher nicht beabsichtigt war.

## **Dringende Novellierungsanregungen des Hauptverbandes**

**Der Hauptverband hat dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales eine Reihe von Novellierungsanregungen mit der Bitte übermittelt, diese Vorschläge bei der Ausarbeitung des Ministerialentwurfes zur 48. Novelle zum ASVG zu berücksichtigen (Schreiben vom 25. August 1989, Zl. 15-42.09/89 Sa/En; Schreiben vom 8. September 1989, Zl. 15-42.09/89 Rf/En; Telefax vom 15. September 1989, Zl. 15-42.01/89 Sd/Po).**

**Ein Teil dieser Novellierungsvorschläge wurde im vorliegenden Ministerialentwurf nicht berücksichtigt.**

**In den Erläuterungen zum Ministerialentwurf ist zwar angekündigt, daß nach dem Wirksamkeitswerden der 48. Novelle zum ASVG eine Vielzahl von Änderungen und Ergänzungen des Sozialversicherungsrechtes der Unselbständigen im Zuge einer 49. Novelle zum ASVG zur Diskussion gestellt wird; einige der nicht berücksichtigten Novellierungsanregungen des Hauptverbandes sind aber aus dem Gesichtspunkt der Sozialversicherung von so großer Bedeutung, daß der Hauptverband ersucht, diese Novellierungsanregungen schon in den Entwurf für die Regierungsvorlage zur 48. ASVG-Novelle aufzunehmen.**

**Es handelt sich hierbei um folgende Vorschläge:**

- a) Pflichtversicherung der Ferialpraktikanten (beiliegende Novellierungsvorschläge zu §§ 4 Abs.1, 5 Abs.1 Z.2, 10 Abs.1, 44 Abs.1 Z.2 ASVG sowie 175 Abs.5 Z.2)**
- b) Verjährung von Beiträgen (beiliegender Novellierungsvorschlag zu § 68 Abs.1 ASVG)**
- c) Verfall von Leistungsansprüchen (beiliegender Novellierungsvorschlag zu § 102 ASVG)**
- d) Kostenerstattung nach wahlärztlicher Hilfe (beiliegender Novellierungsvorschlag zu § 131 Abs.2 ASVG)**
- e) private Honorierung eines Vertragsarztes (beiliegender Novellierungsvorschlag zu § 135 Abs.3 und 4 ASVG)**
- f) Ausgabenbegrenzung in den Gesamtverträgen (beiliegender Novellierungsvorschlag zu § 342 Abs.2 ASVG)**
- g) Zuschüsse aus dem Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger (beiliegender Novellierungsvorschlag zu § 447 b Abs.5 ASVG)**

**g) Zuschüsse aus dem Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger (beiliegender Novellierungsvorschlag zu § 447 b Abs.5 ASVG)**



**Begründung:**

Schüler oder Studenten sind auch während der im Lehrplan oder in der Studienordnung vorgeschriebenen praktischen Tätigkeit gemäß § 8 Abs.1 Z.3 lit.h oder lit.i ASVG in der Unfallversicherung teilversichert. Üben sie jedoch diese praktische Tätigkeit in persönlicher und wirtschaftlicher Abhängigkeit gegen Entgelt aus, sind sie Dienstnehmer im sozialversicherungsrechtlichen Sinne und daher gemäß § 4 Abs.2 ASVG vollversichert.

Dies führt in der Praxis zu einer sachlich nicht gerechtfertigten Unterscheidung der Ferialpraktikanten hinsichtlich ihrer Versicherungspflicht; wenn zwei Ferialpraktikanten die gleiche oder eine ähnliche praktische Tätigkeit ausüben, kann es dazu kommen, daß der eine Ferialpraktikant nur teilversichert und der andere vollversichert ist. Außerdem wird vielfach von den Dienstgebern und den Ferialpraktikanten mehr oder weniger verschleiert, daß der Praktikant eigentlich wie ein Dienstnehmer tätig wird und somit vollversicherungspflichtig wäre.

Durch den vorliegenden Novellierungsvorschlag soll nun für alle Ferialpraktikanten eine Vollversicherung geschaffen werden.

# Novellierungsvorschlag

## Zu § 5 Abs. 1 Z. 2

### Geltender Wortlaut

#### Ausnahmen von der Vollversicherung

§ 5. (1) Von der Vollversicherung nach § 4 sind unbeschadet einer nach § 7 oder nach § 8 eintretenden Teilversicherung - ausgenommen:

1. Die Kinder, Enkel, Wahlkinder, Stiefkinder und Schwiegerkinder eines selbständigen Landwirtes im Sinne des § 2 Abs. 1 Z. 1 des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes, wenn sie hauptberuflich in dessen land(forst)wirtschaftlichem Betrieb beschäftigt sind; (UGBl. Nr. 220/1965, Art. I Z. 2) - 1. April 1966; (BGBl. Nr. 201/1967, Art. II Z. 2) - 1. Juni 1967; (BGBl. Nr. 31/1973, Art. I Z. 4 III.a. 0. Art. VI Abs. 1) - 1. Jänner 1973; (BGBl. Nr. 559/1978) - 1. Jänner 1979.

2. Dienstnehmer, ihnen gemäß § 4 Abs. 1 Z. 6 gleichgestellte Personen, ferner Heimarbeiter und ihnen gleichgestellte Personen hinsichtlich einer Beschäftigung, die nach Abs. 2 als geringfügig anzusehen ist; (UGBl. Nr. 6/1968, Art. I Z. 2 II. a) - 1. Jänner 1969.

### Novellierungsvorschlage

#### § 5 Abs. 1 Z. 2 ASVG lautet:

2. Dienstnehmer, ihnen gemäß § 4 Abs. 1 Z. 6 gleichgestellte Personen, ferner Heimarbeiter und ihnen gleichgestellte Personen sowie Personen gemäß § 4 Abs. 1 Z. 11 hinsichtlich einer Beschäftigung, die nach Abs. 2 als geringfügig anzusehen ist.

### Begründung:

Diese Änderung ist im Zusammenhang mit dem Novellierungsvorschlag zu § 4 Abs. 1 Z. 11 zu sehen.

Damit die Ferialpraktikanten, die tatsächlich nur ein Taschengeld für ihre praktische Tätigkeit erhalten, nicht in die Vollversicherung einbezogen werden, sollen die Bestimmungen über die Geringfügigkeit der Beschäftigung Anwendung finden.

## Novellierungsvorschlag

### Zu § 10 Abs.1

#### Geltender Wortlaut

##### **Beginn der Pflichtversicherung**

**§ 10. (1) Die Pflichtversicherung der Dienstnehmer, ferner der gemäß § 4 Abs. 1 Z 9 und 10 Pflichtversicherten, der gemäß § 4 Abs. 1 Z. 3 pflichtversicherten, nicht als Dienstnehmer beschäftigten Personen, der in einem Lehr- oder Ausbildungsverhältnis stehenden Personen, der Personen, denen eine Leistung der beruflichen Ausbildung gewährt wird, sowie der Heimarbeiter und der diesen gleichgestellten Personen beginnt unabhängig von der Erstattung einer Anmeldung mit dem Tag des Beginnes der Beschäftigung bzw. des Lehr- oder Ausbildungsverhältnisses. Für das Ausscheiden aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis, ohne daß dem Ausgeschiedenen ein Ruhegenuß und seinen Hinterbliebenen ein Versorgungsgenuss aus dem Dienstverhältnis zusteht, gilt hinsichtlich des Beginnes der Pflichtversicherung nach diesem Bundesgesetz die Bestimmung des § 11 Abs. 5 entsprechend. (BGBl. Nr. 201/1967, Art. II Z.4) -  
1. Junit 1967; (BGBl. Nr. 6/1968, Art. I Z.4 III.a) -  
1. Jänner 1968; (BGBl. Nr. 604/1970, Art. I Z.5 III.a) -  
1. Jänner 1979; (BGBl. Nr. 308/1986, Art. III Z.2) -  
1. August 1986.**

#### Novellierungsvorschlag

##### **§ 10 Abs.1 lautet:**

**(1) Die Pflichtversicherung der Dienstnehmer, ferner der gemäß § 4 Abs.1 Z.9, 10 und 11 Pflichtversicherten, der gemäß § 4 Ab.1 Z.3 pflichtversicherten, nicht als Dienstnehmer beschäftigten Personen, der in einem Lehr- oder Ausbildungsverhältnis stehenden Personen, der Personen, denen eine Leistung der beruflichen Ausbildung gewährt wird, sowie der Heimarbeiter und der diesen gleichgestellten Personen beginnt unabhängig von der Erstattung einer Anmeldung mit dem Tag des Beginnes der Beschäftigung bzw. des Lehr- oder Ausbildungsverhältnisses. Für das Ausscheiden aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis, ohne daß dem Ausgeschiedenen ein Ruhegenuß und seinen Hinterbliebenen ein Versorgungsgenuss aus dem Dienstverhältnis zusteht, gilt hinsichtlich des Beginnes der Pflichtversicherung nach diesem Bundesgesetz die Bestimmung des § 11 Abs.5 entsprechend.**

#### Begründung:

Diese Änderung ist aufgrund der Einfügung des § 4 Abs.1 Z.11 ASVG erforderlich.

# **N o v e l l i e r u n g s v o r s c h l a g**

## **Zu § 44 Abs.1 Z.2 ASVG**

### **Geltender Wortlaut**

#### **Allgemeine Nettopragsgrundlage, Entgelt**

**§ 44. (1) Grundlage für die Bemessung der allgemeinen Beträge (allgemeine Nettopragsgrundlage) ist für Pflichtversicherte, sofern im folgenden nichts anderes bestimmt wird, der im Beitragszeitraum gebührende auf volle Schüttung gerundete Arbeitsverdienst mit Ausnahme allerfälliger Sonderzahlungen nach § 49 Abs. 2. Als Arbeitsverdienst in diesem Sinne gilt:**

(BGHf. Nr. 31/1973, Art. I Z. 26 III.a) - Beginn des Beitragszeitraumes Jänner 1973.

1. bei den pflichtversicherten Öfenstnehmern und Lehrlingen das Entgelt im Sinne des § 49 Abs. 1, 3, 4 und 6;

2. bei den in einem Ausbildungsverhältnis stehenden Pflichtversicherten (§ 4 Abs. 1 Z. 4 und 5), und bei den nach § 4 Abs. 1 Z. 9 Pflichtversicherten die Bezüge, die der Versicherte vom Träger der Einrichtung, in der die Ausbildung erfolgt, bzw. von der Entwicklungshilfeorganisation für die Dauer der Beschäftigung oder Ausbildung erhält; (BGHf. Nr. 604/1978, Art. I Z. 21) - 1. Jänner 1979.

### **Novellierungsvorschlag**

#### **§ 44 Abs.1 Z.2 lautet:**

**2. bei den in einem Ausbildungsverhältnis stehenden Pflichtversicherten (§ 4 Abs.1 Z.4 und 5), und bei den nach § 4 Abs.1 Z.9 Pflichtversicherten die Bezüge, die der Versicherte vom Träger der Einrichtung, in der die Ausbildung erfolgt, bzw. von der Entwicklungshilfeorganisation für die Dauer der Beschäftigung oder Ausbildung erhält, sowie bei den nach § 4 Abs.1 Z.11 Pflichtversicherten die Bezüge, die der Versicherte für die Dauer der Beschäftigung erhält;**

### **Begründung:**

Diese Änderung ist aufgrund der Einfügung des § 4 Abs.1 Z.11 ASVG erforderlich.

## Novellierungsvorschlag

### zu § 175 Abs.5 Z.2

#### Geltender Wortlaut

1. (5) In der Unfallversicherung gemäß § 8 Abs. 1 Z. 3 III. h und i gelten als Arbeitsunfälle auch Unfälle, die sich ereignen:

1. bei der Teilnahme an Schulveranstaltungen im Sinne der §§ 1 und 2 der Verordnung des Bundesministers für Unterricht und Kunst, BGBl. Nr. 369/1974, an gleichartigen Schulveranstaltungen an anderen von Geltungsbereich der zitierten Verordnung nicht erfassten Schularten sowie an schulbezogenen Veranstaltungen gemäß § 13 a des Schulunterrichtsgesetzes, BGBl. Nr. 472/1986; (BGBl. Nr. 609/1987, Art. III Z.2 und Art. X Abs.2 Z.2) - 1. September 1986.

2. bei der Ausübung einer im Rahmen des Lehrplanes bzw. der Studienordnung vorgeschriebenen oder fiktiven praktischen Tätigkeit.

(BGBl. Nr. 704/1976, Art. III Z.3 III.c. 0. Art. VI Abs.27) - 1. Jänner 1977.

#### Novellierungsvorschlag

**§ 175 Abs.5 Z.2 ist aufzuheben**

#### Begründung:

Aufgrund der Einfügung des § 4 Abs.1 Z.11 ASVG ist diese Bestimmung nicht mehr erforderlich.

§ 68 Abs.1 ASVG lautet:

(1) Das Recht auf Feststellung der Verpflichtung zur Zahlung von Beiträgen verjährt binnen zwei Jahren vom Tag der Fälligkeit der Beiträge. Hat der Dienstgeber Angaben über Versicherte bzw. über deren Entgelt nicht innerhalb der in Betracht kommenden Meldefristen gemacht, so beginnt die Verjährungsfrist erst mit dem Tage der Meldung zu laufen. Diese Verjährungsfrist der Feststellung verlängert sich jedoch auf fünf Jahre, wenn der Dienstgeber oder eine sonstige meldepflichtige Person (§ 36) keine oder unrichtige Angaben bzw. Änderungsmeldungen über die bei ihm beschäftigten Personen bzw. über deren jeweiliges Entgelt (auch Sonderzahlungen im Sinne des § 49 Abs.2) gemacht hat, die er bei gehöriger Sorgfalt als notwendig oder unrichtig hätte erkennen müssen. Die Verjährung des Feststellungsrechtes wird durch jede zum Zwecke der Feststellung getroffene Maßnahme in dem Zeitpunkt unterbrochen, in dem der Zahlungspflichtige hiervon in Kenntnis gesetzt wird.

§ 68 Abs.1 ASVG hat zu lauten:

(1) Das Recht auf Feststellung der Verpflichtung zur Zahlung von Beiträgen verjährt binnen zwei Jahren vom Tag der Fälligkeit der Beiträge. Hat der Dienstgeber Angaben über Versicherte bzw. über deren Entgelt nicht innerhalb der in Betracht kommenden Meldefristen gemacht, so beginnt die Verjährungsfrist erst mit dem Tage der Meldung zu laufen. Diese Verjährungsfrist der Feststellung verlängert sich jedoch auf fünf Jahre, wenn der Dienstgeber oder eine sonstige meldepflichtige Person (§ 36) keine oder unrichtige Angaben bzw. Änderungsmeldungen über die bei ihm beschäftigten Personen bzw. über deren jeweiliges Entgelt (auch Sonderzahlungen im Sinne des § 49 Abs.2) gemacht hat, die er bei gehöriger Sorgfalt als notwendig oder unrichtig hätte erkennen müssen. Die Verjährung des Feststellungsrechtes wird durch jede zum Zwecke der Feststellung getroffenen Maßnahme in dem Zeitpunkt unterbrochen, in dem der Zahlungspflichtige hiervon in Kenntnis gesetzt wird. Die Verjährung ist geahndet, solange ein Verfahren in Verwaltungssachen bzw. vor den Gerichten des öffentlichen Rechtes über das Bestehen der Pflichtversicherung oder die Feststellung der Verpflichtung zur Zahlung von Beiträgen anhängig ist.

Degründung:

Wenn Anmeldungen zur Pflichtversicherung von der Kasse beseidigmäßig abgelehnt werden, kommt es immer wieder vor, daß den dagegen erhobenen Rechtsmitteln im Verfahren in Verwaltungssachen stattgegeben wird. Manchmal ergeht die endgültige, den Bestand der Pflichtversicherung bejahende Entscheidung erst nach mehr als zwei Jahren ab Beginn der Beschäftigung. Aufgrund der Bestimmung des § 68 ASVG (§ 40 ASVG, § 39 BSVG) können aber nur für die vorangegangenen zwei Jahre die Beiträge eingefordert werden. Dies, obwohl für den Versicherten alle Rechte aus der gesamten Beschäftigungszeit gewahrt bleiben müssen. Aus der Sicht der Versicherungsträger ist dies kein befriedigender Zustand. Zur Lösung dieses Problems sollte daher eine Hemmung der Verjährung vorgesehen werden.

## 48. Novelle zum ASVG

Entwurf: 18. Juli 1989

**Geltendes Recht:****§ 102 ASVG lautet:****Verfall von Leistungsansprüchen  
Infolge Zeitablaufes**

§ 102. (1) Der Anspruch auf Leistungen aus der Krankenversicherung ist bei sonstigem Verlust binnen zwei Jahren nach seinem Entstehen, bei nachträglicher Feststellung der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung binnen zwei Jahren nach Rechtskraft dieser Feststellung geltend zu machen. Bei Geldleistungen ist hierbei der Zeitraum zwischen dem Entstehen des Anspruches und dem Zeitpunkt, in dem die Leistung gemäß § 104 auszuzahlen ist, außer Betracht zu lassen. (OGBl. Nr. 13/1962, Art. I Z. 53) - 1. Jänner 1962; (OGBl. Nr. 31/1973, Art. I Z. 64 III.a) - 1. Jänner 1973.

- (2) Aufgehoben. (OGBl. Nr. 31/1973, Art. I Z. 64 III.b, 0. Art. VI Abs. 17) - 1. Jänner 1973.
- (3) Aufgehoben. (OGBl. Nr. 31/1973, Art. I Z. 64 III.b, 0. Art. VI Abs. 17) - 1. Jänner 1973.
- (4) Aufgehoben. (OGBl. Nr. 31/1973, Art. I Z. 64 III.b, 0. Art. VI Abs. 17) - 1. Jänner 1973.

(5) Der Anspruch auf bereits fällig gewordene Raten zuerkannter Renten (Pensionen) aus der Unfall- und Pensionsversicherung verfällt nach Ablauf eines Jahres seit der Fälligkeit.

**Begründung:**

Das Oberlandesgericht Wien hat in seinem Urteil vom 3. Dezember 1984, 35 R 225/84, ausgesprochen, daß Leistungsansprüche auf einmalige Geldleistungen aus der Krankenversicherung nicht verfallen können, wenn kein Antrag auf die entsprechenden Leistungen gestellt wurde. Dies deswegen, weil gemäß § 104 Abs. 3 ASVG die Leistung "binnen zwei Wochen nach Feststellung der Anspruchsberechtigung" auszuzahlen ist. Wenn aber die Anspruchsberechtigung nicht festgestellt werden kann, weil kein Antrag vorliegt, kann auch die Leistung nicht ausgezahlt werden. Nachdem gemäß § 102 Abs. 1 letzter Satz bei diesen Geldleistungen der Zeitraum zwischen dem Entstehen des Anspruches und dem Zeitpunkt, in dem die Leistung gemäß § 104 auszuzahlen ist,

**Änderungsvorschlag:****§ 102 ASVG hat zu lauten:****Verfall von Leistungsansprüchen  
Infolge Zeitablaufes**

(1) Der Anspruch auf Leistungen aus der Krankenversicherung, mit Ausnahme eines Anspruches auf Kostenerstattung, Kostenersatz oder auf einen Kostenzuschuß, ist vom Anspruchsberechtigten bei sonstigem Verlust binnen zwei Jahren nach seinem Entstehen, bei nachträglicher Feststellung der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung binnen zwei Jahren nach Rechtskraft dieser Feststellung geltend zu machen.

(2) Der Anspruch auf Kostenerstattung, Kostenersatz oder auf einen Kostenzuschuß ist vom Anspruchsberechtigten bei sonstigem Verlust binnen drei Jahren nach Inanspruchnahme der Leistung geltend zu machen. Bei nachträglicher Feststellung der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung verfällt der Anspruch frühestens nach Ablauf von zwei Jahren nach Rechtskraft dieser Feststellung.

(3) Der Anspruch auf bereits fällig gewordene Raten zuerkannter Renten (Pensionen) aus der Unfall- und Pensionsversicherung verfällt nach Ablauf eines Jahres seit der Fälligkeit.

beim Verfall des Leistungsanspruches außer Betracht zu bleiben hat, können einmalige Geldleistungen nach der vom Oberlandesgericht Wien im gegenständlichen Urteil geäußerten Rechtsansicht nicht verfallen.

Der Hauptverband ist der Ansicht, daß der letzte Satz des § 102 Abs.1 ersatzlos gestrichen werden sollte, da dieser Satz unklar ist und in der Praxis zu Anwendungsschwierigkeiten führt.

Hinsichtlich eines Anspruches auf Kostenerstattung, Kostenersatz oder Kostenzuschuß stellt sich die Frage des Beginns der Verfallsfrist.

Wenn man den ehestmöglichen Zeitpunkt der Anspruchsentstehung, den Eintritt des Versicherungsfalles der Krankheit, als Beginn der Verfallsfrist heranzieht, kann dies in manchen Fällen zu Härten führen, weil z.B. ärztliche Hilfe oft nicht sofort in Anspruch genommen wird; außerdem ist der Eintritt des Versicherungsfalles zumeist nicht auf den Tag genau feststellbar.

Das Entstehen eines Anspruches auf Kostenerstattung, Kostenersatz oder Kostenzuschuß könnte auch erst dann angenommen werden, wenn das Ausmaß der Kosten bekannt ist (Rechnungslegung). Diese Ansicht würde dazu führen, daß vom Krankenversicherungsträger bei verzögerter Rechnungslegung an den Versicherten für Behandlungen, die mehrere Jahre zurückliegen, Kostenerstattung, Kostenersatz oder ein Kostenzuschuß erbracht werden müßten.

Um eine Rechtsunsicherheit zu vermeiden, sollte der Beginn der Verfallsfrist für einen Anspruch auf Kostenerstattung, Kostenersatz oder Kostenzuschuß eindeutig im Gesetz festgelegt werden. Hierbei scheint es am zweckmäßigsten, den Zeitpunkt der Inanspruchnahme der Leistung (ärztliche Hilfe, Anstaltpflege, Heilmittel, Heilbehelfe etc.) als Beginn der Verfallsfrist heranzuziehen.

Für Ansprüche auf Kostenerstattung, Kostenersatz oder einen Kostenzuschuß wurde eine Verfallsfrist von drei Jahren vorgesehen, da der Anspruch des Vertragspartners gegenüber dem Versicherten innerhalb dieser Frist verjährt.

Die Parallelbestimmungen in den anderen Sozialversicherungsgesetzen (§ 43 B-KUVG, § 70 GSVG, § 66 BSVG) wären entsprechend zu ändern.

**N o v e l l i e r u n g s v o r s c h l a g**  
**zu § 131 Abs.2 ASVG**

**Geltender Wortlaut:**

(2) Durch die Satzung des Versicherungsträgers sind für die Fälle der Inanspruchnahme einer Ersatzleistung nach Abs. 1 nähere Bestimmungen über das Verfahren zur Feststellung des Versicherungsfalles, insbesondere des Beginnes und des Endes der durch die Krankheit verursachten Arbeitsunfähigkeit, zu treffen. Durch die Krankenordnung kann die Erstattung von Kosten der Krankenbehandlung ausgeschlossen werden, wenn der Versicherte in demselben Versicherungsfall einen Vertragspartner oder eine eigene Einrichtung (Vertragseinrichtung) des Versicherungsträgers in Anspruch nimmt. (BGB).Nr.13/1962, Art.II Z.10 lit.b) - 1. Jänner 1962.

**Novellierungsvorschlag**

**§ 131 Abs.2 ASVG hat zu lauten:**

(2) Durch die Satzung des Versicherungsträgers sind für die Fälle der Inanspruchnahme einer Ersatzleistung nach Abs.1 nähere Bestimmungen über das Verfahren zur Feststellung des Versicherungsfalles, insbesondere des Beginnes und des Endes der durch die Krankheit verursachten Arbeitsunfähigkeit, zu treffen. Durch die Krankenordnung kann die Erstattung von Kosten der Krankenbehandlung ausgeschlossen werden, wenn der Versicherte in demselben Verrechnungszeitraum einen Vertragspartner oder eine eigene Einrichtung (Vertragseinrichtung) des Versicherungsträgers in Anspruch nimmt.

**Begründung:**

Derzeit stellt der § 131 Abs.2 ASVG beim Ausschluß der Kostenerstattung auf den Versicherungsfall ab. Es ist daher möglich, daß der Versicherte in einem Verrechnungszeitraum (Quartal) einen Vertragsarzt und wegen einer anderen Krankheit (anderer Versicherungsfall) einen Wahlarzt in Anspruch nehmen kann. Der Krankenversicherungsträger muß hier also zweimal - insbesondere das Fällpauschale - zahlen. In solchen Fällen sollte aber keine Kostenerstattung gewährt werden. Es ist daher an Stelle des Versicherungsfalles auf den Verrechnungszeitraum abzustellen, der für die Abrechnung der Vertragspartner maßgebend ist.

48. Novelle zum ASVG  
Entwurf: 19. Oktober 1989

Geltendes Recht

Änderungsvorschlag

§ 135 Abs.3 lautet:

(3) Bei der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe durch einen Vertragsarzt oder in eigenen Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) des Versicherungsträgers hat der Erkrankte einen Krankenschein vorzulegen. Der Hauptverband hat hiervor einen einheitlichen, für alle Versicherungsträger gültigen Vordruck aufzulegen.

§ 135 Abs.3 und 4 (neu) haben zu lauten:

(3) Bei der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe durch einen Vertragsarzt oder in eigenen Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) des Versicherungsträgers hat der Erkrankte einen Krankenkassenscheck (Krankenschein) vorzulegen. Der Vertragsarzt (die Vertragseinrichtung) darf in diesem Fall vom Erkrankten oder Dritten kein Privathonorar entgegennehmen.

(4) Der Hauptverband hat für den Krankenkassenscheck (Krankenschein) einen einheitlichen, für alle Versicherungsträger gültigen Vordruck aufzulegen.

Der bisherige Abs.4 wird Abs.5,  
der bisherige Abs.5 wird Abs.6.

Begründung:

In der Literatur taucht immer wieder die Frage auf, ob es den "kassenfreien Raum" gibt. Es geht dabei um die Frage, ob der Arzt, der als Vertragsarzt tätig wird (die Abrechnung erfolgt mit dem Krankenkassenscheck), für einzelne Leistungen, die in der Honorarordnung nicht ausdrücklich als Einzelleistung angeführt sind, zusätzlich ein Privathonorar verlangen kann.

Um in Hinkunft derartige Diskussionen zu vermeiden, sollte im Gesetz ausdrücklich angeführt werden, daß ein Vertragsarzt von einem Anspruchsberechtigten für die Behandlung einer Krankheit im sozialversicherungsrechtlichen Sinne keinerlei Privathonorar entgegennehmen darf. Durch diesen Novellierungsvorschlag wird aber die derzeitige Praxis nicht geändert. Aufgrund der be-

- 2 -

stehenden gesetzlichen und gesamtvertraglichen Bestimmungen gibt es auch derzeit keinen "kassenfreien Raum"; der gegenständliche Novellierungsvorschlag soll dies nur deutlich zum Ausdruck bringen.

Diese Regelung soll aber auch bewirken, daß in die Honorarordnung auch zu für die Sozialversicherungsträger annehmbaren Bedingungen alle jene Leistungen aufgenommen werden müssen, die für die Behandlung von Krankheiten im sozialversicherungsrechtlichen Sinne notwendig sind.

# **N o v e l l i e r u n g s v o r s c h l a g**

## **zu § 342 Abs.2 ASVG**

### **Geltender Wortlaut**

(2) Die Vergütung der vertragsärztlichen Tätigkeit ist grundsätzlich nach Einzelleistungen zu vereinbaren. Die Vereinbarungen über die Vergütung der ärztlichen Leistungen sind in Honorarordnungen zusammenzufassen; diese bilden einen Bestandteil der Gesamtverträge. Die Gesamtverträge sollen eine Begrenzung der Ausgaben der Träger der Krankenversicherung für die vertragsärztliche Tätigkeit einschließlich der Rückvergütungen bei Inanspruchnahme der wahlärztlichen Hilfe (§ 131) enthalten.

### **Novellierungsvorschlag**

## **§ 342 Abs.2 ASVG hat zu lauten:**

(2) Die Vergütung der vertragsärztlichen Tätigkeit ist grundsätzlich nach Einzelleistungen zu vereinbaren. Die Vereinbarungen über die Vergütung der ärztlichen Leistungen sind in Honorarordnungen zusammenzufassen; diese bilden einen Bestandteil der Gesamtverträge. Die Gesamtverträge haben eine Begrenzung der Ausgaben der Träger der Krankenversicherung für die vertragsärztliche Tätigkeit einschließlich der Rückvergütungen bei Inanspruchnahme der wahlärztlichen Hilfe (§ 131) zu enthalten.

### **Begründung:**

Bei der Vergütung der ärztlichen Leistungen ist die finanzielle Leistungsfähigkeit des Versicherungs trägers zu berücksichtigen. Diese Verpflichtung, eine Begrenzung der Ausgaben im Gesamtvertrag vorzusehen, ergibt sich bereits aus den erläuternden Bemerkungen zum Stammgesetz des ASVG; die Formulierung dieser Bestimmung (soll) widersprach dann aber der Absicht des Gesetzgebers; sie soll nun eindeutig ausgesprochen werden.

## N o v e l l i e r u n g s v o r s c h l a g

### zu § 447b Abs.5 und 7 ASVG

#### Geltender Wortlaut

(5) Der Zuschuß gebührt für ein Geschäftsjahr höchstens in dem Ausmaß, das erforderlich ist, um die bei dem Krankenversicherungsträger am Ende des Geschäftsjahres vorhandenen liquiden Mittel auf ein Sechstel der Jahresaufwendungen dieses Versicherungsträgers zu erhöhen. Er gebührt überdies höchstens im Ausmaß des Betrages, um den bei dem in Betracht kommenden Krankenversicherungsträger 101 v. H. der Aufwendungen des betreffenden Geschäftsjahres die Einnahmen - ausgenommen allfällige Zuschüsse und Zuwendungen aus dem Ausgleichsfonds - übersteigen.

(6) Als liquide Mittel im Sinne des Abs. 5 gelten die Barbestände zuzüglich der Einlagen bei Geldinstituten und 70 v. H. des Bilanzwertes der Wertpapiere abzüglich der noch nicht abgeführt, für fremde Rechnung eingehobenen Beläge sowie der am Ende des Geschäftsjahres buchmäßig fälligen unberichtigt Versicherungsleistungen und sonstigen Verbindlichkeiten.

(7) Die sich aus der Anwendung der Abs. 4 und 5 für ein Geschäftsjahr ergebenden Zuschüsse dürfen zusammen 20 vH der am Ende dieses Geschäftsjahres frei verfügbaren Mittel des Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger nicht überschreiten und sind innerhalb dieses Höchstausmaßes verhältnismäßig zu kürzen. (BGBl. Nr. 588/1981, Art.V 2.5) - 1. Jänner 1981.

#### Novellierungsvorschlag

### § 447b Abs. 5 und 7 lauten:

(5) Der Zuschuß gebührt für ein Geschäftsjahr höchstens in dem Ausmaß, das erforderlich ist, um die bei dem Krankenversicherungsträger am Ende des Geschäftsjahres vorhandenen liquiden Mittel auf ein Sechstel der Jahresaufwendungen dieses Versicherungsträgers zu erhöhen.

(6) unverändert

(7) Die sich aus der Anwendung der Abs. 4 und 5 für ein Geschäftsjahr ergebenden Zuschüsse dürfen zusammen 30 v.H. der am Ende dieses Geschäftsjahres frei verfügbaren Mittel des Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger nicht überschreiten und sind innerhalb dieses Höchstausmaßes verhältnismäßig zu kürzen.

Begründung:

Die Leistungen aus dem Ausgleichsfonds an die einzelnen Krankenversicherungsträger sind verschiedene, und sie sind an unterschiedliche Voraussetzungen geknüpft. Es gibt Zuschüsse, Zuwendungen, Darlehen und Zweckzuschüsse. Zweck des Ausgleichsfonds ist, wie im § 447a Abs.1 ASVG umschrieben ist, eine ausgeglichene Gebarung bzw. eine ausreichende Liquidität der diesem Fonds angehörenden Krankenversicherungsträger zu gewährleisten. Die größte Bedeutung haben hiebei die Zuschüsse (§ 447b ASVG), denn gerade sie sind - wie keine andere der erwähnten Leistungskategorien - geeignet, strukturelle Unterschiede bei den Krankenversicherungsträgern auszugleichen. Diesem Grundgedanken entspricht es, die Möglichkeit der Gewährung von Zuschüssen, die derzeit mit 20 v.H. der frei verfügbaren Mitteln des Ausgleichsfonds begrenzt sind, zu erweitern. Es wird deshalb eine Erhöhung von 20 % auf 30 % vorgeschlagen.

Gleichzeitig soll der im 447b Abs.5 2. Satz ASVG vorgesehene Grenzbetrag abgeschafft werden. Gemäß der zitierten Bestimmung gebührt ein Zuschuß höchstens im Ausmaß jenes Betrages, um den bei einem Krankenversicherungsträger 101 v.H. der Aufwendungen die Einnahmen - ausgenommen allfällige Zuschüsse und Zuwendungen aus dem den Ausgleichsfonds - übersteigen. Dies führte dazu, daß ein Krankenversicherungsträger, der im Hinblick auf seine kritische finanzielle Situation sparsam wirtschaftet und auf diese Weise einen Gebarungsabgang gerade noch vermeidet, keinen Zuschuß erhält, nur weil seine Aufwendungen die Einnahmen nicht oder in einem zu geringen Maß übersteigen, und zwar auch dann, wenn die durchschnittlichen Einnahmen je Pflichtversicherten erheblich unter der Ausgleichsgrenze (§ 447b Abs.2 ASVG) liegen. Der zweite Satz des § 447b Abs.5 ASVG soll daher ersatzlos gestrichen werden.